

Grande inégalité des prises en charge pour des pathologies courantes

Prises en charge en proportions inverses en soins de suite ou en MPR, à Nantes (70 % en soins de suite) et à La Roche-sur-Yon (65 % en MPR) pour les maladies ostéo-articulaires !
Malades orientés 2 fois plus souvent en soins de suite à Angers qu'à Nantes pour l'hémiplégie !
Prises en charge après chirurgie orthopédique programmée concernant en moyenne 10 % des patients en soins de suite et 24 % en MPR mais atteignant parfois 70 %.

Grande inégalité de l'équipement et des moyens affectés

Un taux d'équipement autorisé en lits et places pour 100 000 habitants trop inégal

	MPR	dont HTP	SS	Total
Nantes	53	8	106	159
Saint-Nazaire	65	24	113	177
Angers	38	6	131	169
Cholet	18	4	79	97
Laval	25	4	122	147
Le Mans	60	26	133	192
La Roche-sur-Yon	71	11	110	181
Région	50	11	115	165

Des capacités autorisées ne sont pas installées.
Le secteur de Cholet s'avère très sous-équipé globalement. Les secteurs d'Angers et de Laval sous-équipés en MPR sont suréquipés en soins de suite. Saint-Nazaire, Le Mans et La Roche-sur-Yon sont suréquipés en MPR. Les 2 premiers accueillent de nombreux patients provenant d'autres régions. Le Mans présente, de plus, un suréquipement en soins de suite.

Inégalité des moyens en personnel

Pour 100 lits et places
En soins de suite : 3 à 11 ETP de médecins, 18 à 107 ETP d'infirmiers(es) et aides soignants, et 3 à 9 ETP en personnel de réadaptation
En Médecine physique et de réadaptation : 2 à 8 ETP de médecins, 25 à 76 ETP d'infirmiers(es) et aides soignants et 14 à 28 ETP pour le personnel de réadaptation. Certains services sont hautement spécialisés (traumatisés crâniens et blessés médullaires) mais d'autres sont dans l'impossibilité de remplir les missions de soins de suite et de réadaptation décrites dans la circulaire de la direction des hôpitaux du 31.12.1997. Un malade requérant des prises en charge complexes risque plus qu'un autre de se voir refuser par un service de soins de suite.

Manque d'aides à la vie

Pour permettre aux porteurs d'un handicap ne nécessitant pas de soins continus de rentrer chez eux et d'y recevoir les soins du secteur libéral, les dispositifs prévus n'ont pas encore produit leur effet.

Manque d'EHPAD établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes

Pour les personnes âgées ne pouvant plus rester à leur domicile.

Manque de structures adéquates pour les malades jeunes très dépendants, neurologiques ou respiratoires

Ce qui rend les capacités actuelles encore moins accessibles ; seul Saint-Georges-sur-Loire en Anjou propose un hébergement médicalisé. Le résultat est mesuré pour la première fois : en MPR une présence de 600 jours en «moyenne» pour 94 malades.
Les malades sont répartis un peu partout sans projet de vie : dans 53 établissements de soins de suite, pour des séjours de rupture depuis 2 mois en moyenne ou dans des services de soins de longue durée (SLD) et parfois, dans des maisons d'accueil spécialisé, MAS du Loroux-Bottereau par exemple.
Par ailleurs en 2003, les malades en état végétatif chronique (EVC) attendent une prise en charge conforme à la circulaire de la direction des hôpitaux du 3 mai 2002 ; leur durée moyenne de présence est de 782 jours, seuls 12 ont accès à une structure conforme aux textes, 12 sont en soins de suite ordinaires, 27 en MPR, 77 en court séjour ou en SLD.

En conséquence

Des **inadéquations** importantes et une difficulté d'accès aux structures existantes.

20 % des malades en soins de suite et 16 % en médecine physique et de réadaptation ne sont pas pris en charge dans les établissements correspondant à leurs besoins. En soins de suite les inadéquations sont liées à l'âge et sont constatées pour 1/3 des hémiplégies. Dans les situations d'inadéquation les malades relèvent soit du domicile avec mise en place d'aides et de soins, soit d'un hébergement temporaire ou permanent dans un établissement médico-social.

Des enjeux pourtant à relever

+ 13 % de plus de 50 ans de 2005 à 2010
Ils constituaient 75 % des malades présents le jour de la coupe transversale. L'équipement régional peut faire face à cette augmentation du recours attendu aux SSR si de profondes modifications des pratiques sont organisées.

Les besoins en lits de médecine

Ils augmenteront dans les mêmes proportions que celles de la population des plus de 50 ans. Sans une réelle fluidification de la filière de soins des augmentations de capacités devront être réalisées par défaut.

Des remèdes à administrer...

L'étude des inadéquations, le jour de la coupe, ouvre des pistes intéressantes, les plus importantes concernent préférentiellement certaines affections :

- affections neurologiques chroniques,
- états végétatifs chroniques,
- troubles mentaux de plus de 60 ans,
- hémiplégies : les inadéquations concernent des malades restés très dépendants.
- **individualiser des lieux de vie bien médicalisés pour les jeunes malades très dépendants**
à partir des capacités de MPR excédentaires dans 3 secteurs sanitaires de la région, un service de 30 lits peut s'individualiser.
L'équipement régional sera alors de 4 structures.
- **compléter la prise en charge des personnes en EVC dans 12 services spécialisés**
· une structure de 2 services déjà en conformité avec les textes, dans la Sarthe,
· 5 services existants à re-qualifier en soins de suite spécialisés,
· 5 autres à individualiser au sein de grands services de soins de suite, avec un renfort de moyens.
- **rééquilibrer les capacités en soins de suite et en MPR** car l'offre joue directement sur les soins distribués. Il faudra envisager des transformations, des transferts, quelques créations.
- **développer l'hospitalisation à temps partiel en MPR**
l'hôpital de jour est un bon facteur de réadaptation pour les patients qui ont la capacité de rentrer chez eux et de revenir vers un plateau technique pour la rééducation. Un objectif cible de 18 places pour 100 000 habitants est réaliste. Il peut être atteint par des transformations de lits excédentaires et par la création de 100 places en 5 ans.
- **atteindre dans les 5 ans les fourchettes en personnel proposées**
- **développer les dispositifs en direction des personnes de plus de 50 ans**
· améliorer le dispositif de retour à domicile ou le recours à l'hébergement temporaire après une affection réduisant momentanément l'autonomie,
· rendre efficient le maintien à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie progressive ou restées dépendantes après une affection,
· renforcer la capacité d'accueil en EHPAD pour les personnes âgées dont le séjour au domicile est devenu trop problématique.
- **organiser des cellules d'orientation en fonction de critères définis par concertation entre les praticiens des différentes disciplines**
A des niveaux territoriaux pertinents, ce sont elles qui parviendront à la modification attendue des pratiques. Elles orienteront les malades en sortie de court séjour ou à la demande des médecins libéraux.
- **inciter à la diffusion de bonnes pratiques professionnelles**

Etude régionale

sur les soins de suite ou de réadaptation

12 auditions

- Association Aide à Domicile en Milieu Rural
- Association Française contre les Myopathies
- Centre d'Information et de Conseil sur les Aides Techniques des Pays de la Loire
- Conférence Régionale des Retraités et Personnes Agées, CORERPA
- Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales : démographie des professions de santé
- Médecin responsable de l'unité mobile de gériopsychiatrie du CH de Cholet
- Médecin responsable de l'unité d'EVC du Grand-Lucé
- Orthophonistes libéraux
- Référente régionale en Soins palliatifs
- Responsable d'hébergement temporaire à Saint-Gilles Croix de Vie
- Syndicats d'infirmier(e)s libéraux(les)
- Union Régionale des Médecins généralistes

Comité d'experts

- | | |
|-------------------------|---------------------|
| • Professeur Mathé | Nantes |
| • Professeure Richard | Angers |
| • Docteur Colin | Le Mans |
| • Docteur Mattelin | Parigné L'Evêque |
| • Docteur Le Breton | Saint-Jean de Monts |
| • Docteur Jean Pascal | Nantes |
| • Monsieur Foltzer | La Roche-sur-Yon |
| • Monsieur Rutten | Angers |
| • Madame Bézard | Nantes |
| • Docteur Leblanc-Briot | Château Gontier |
| • Docteur Cesbron | Doué la Fontaine |
| • Monsieur Marin | Laval |

Services médicaux et CRAM

Les Services médicaux des trois principaux régimes d'assurance maladie des Pays de la Loire et la Caisse régionale d'assurance maladie ont organisé une étude sur les soins de suite ou de réadaptation (SSR).

2003/2004

Préparée en 2003, elle a consisté en une coupe transversale organisée le 30 septembre 2003 puis exploitée jusqu'à la fin 2004.

98 établissements des Pays de la Loire

L'étude a été conduite dans les 98 établissements de soins de suite ou de réadaptation de la région dont 88 offrent des soins de suite et 21 des soins de médecine physique et de réadaptation (MPR) sous la responsabilité d'un médecin spécialiste, 11 établissements étant mixtes.

Soins post-hospitalisation

Les filières des malades nécessitant des soins médicaux ou de réadaptation après leur hospitalisation en court séjour s'avéraient embouteillées. La difficulté d'accès à ces services retentissait sur les capacités disponibles en médecine, en chirurgie et même aux urgences. Une étude réalisée en 1995-1996 avait abouti à des préconisations qui semblaient restées sans effet. La demande de SSR restant forte, une réponse uniquement capacitaire se discutait. Le souhait de l'Assurance Maladie était d'effectuer au niveau régional un diagnostic actualisé sur le sujet, pour fournir des informations pertinentes à la préparation du Schéma d'Organisation Sanitaire (SROS) de la période 2005 à 2010.

Acteurs

Les données de 4500 patients ont été collectées par les médecins conseils des trois principaux régimes*. Un Comité d'experts a enrichi la réflexion et participé à la préparation de propositions en vue du SROS. L'opinion des professionnels de terrain a été recueillie au cours de 12 auditions.

**Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
Mutualité Sociale Agricole
Assurance Maladie des Professions Indépendantes*

Définitions

Soins de suite ou de réadaptation

comprennent 2 activités sous la même dénomination dont la différence repose sur l'intensité de la réadaptation et sur la coordination des soins

Médecine physique et réadaptation

- coordination par un médecin qualifié dans la spécialité
- plateau technique de rééducation
- plus d'une heure de réadaptation par jour ou prise en charge par plusieurs professionnels de la réadaptation

Soins de suite

- réadaptation inférieure à une heure quotidienne
- prise en charge par un seul professionnel de la réadaptation
- mutualisation de moyens dans réseaux Soins de suite - MPR

Ce document est un résumé de l'étude SSR.

L'intégralité du rapport sur les résultats ainsi que les annexes sont disponibles sous Extranet sur le site Parhtage :

www.parhtage.sante.fr

et sur Internet :

www.cram-pl.fr/affaires/les_publications.htm

Chef de projet :

Dre Anita Sankalé-Delga

Echelon local du service médical de Nantes

contacts

anita.sankale@elsm-nantes.cnamts.fr
patricia.tassin@elsm-lemans.cnamts.fr
Arlette_SERAND@cram-pl.fr